

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

137

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert DAVID

Né le 28 Juin 1909 à Châteauroux (Indre)

**CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA GASTROSCOPIE
DANS LA PATHOLOGIE
DIGESTIVE**

Président : M. le Professeur TANON

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Robert DAVID

Né le 28 Juin 1909 à Châteauroux (Indre)

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA GASTROSCOPIE DANS LA PATHOLOGIE DIGESTIVE

Président : M. le Professeur TANON

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

1939

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	M. VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	TROISIER
Clinique cardiologie	MATHIEU.
	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 J. BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophthalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.

HEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale
 LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 LE LORIER Obstétrique.
 SCHWARTZ Pathologie chirurgicale
 VANDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLE- RY - RADOT			
SEZARY			
MM.	Clinique obstétricale.		
ECALLE			
METZGER			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	E ducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

A MA FEMME

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur TANON

Professeur d'Hygiène
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Conseiller technique sanitaire
au Ministère de la Santé Publique
Inspecteur général
des Services techniques d'hygiène
Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait le grand honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

A LA MEMOIRE DE MON MAITRE

le Docteur PATOU

*en reconnaissance de la bienveillance
qu'il nous a toujours témoignée et en
remerciement de tout ce qu'il m'a
appris.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MES CAMARADES DE GUERRE

du 1^{er} Bataillon du 307^e R. I.

INTRODUCTION

La gastroscopie n'est plus, de nos jours, un procédé d'examen difficile. Elle n'est plus du domaine de l'expérimentation, car elle est devenue aisée et de pratique courante. Certes, elle ne peut, en aucun cas, supplanter la clinique, mais elle peut, et elle doit au même titre que la radiologie ou le laboratoire, lui apporter des éléments permettant d'établir un diagnostic plus précis et, partant, d'instituer une thérapeutique plus rationnelle. Comme dans toute la pathologie, dans les maladies de l'estomac, la clinique demeure la base inébranlable de l'examen.

De toutes les méthodes mises en œuvre en vue d'établir un diagnostic plus précis des lésions de l'estomac, la vision directe de celles-ci apparaît, à priori, comme devant être la plus sûre. Encore faut-il qu'elle soit devenue pratique et inoffensive.

Sans vouloir discuter ici des questions de technique opératoire, ni entrer dans le détail des discussions pathogéniques qu'a pu susciter la gastroscopie, nous nous proposons, dans ces quelques pages, de préciser le rôle que peut et doit tenir la gastroscopie dans le diagnostic des lésions de l'estomac.

Nous envisagerons les principales indications et contre-indications, les renseignements qu'elle peut donner au cours des gastroscopies et leur valeur comparative avec la clinique, le laboratoire et la radiologie.

En essayant de préciser quelques points particuliers, nous verrons que si la gastroscopie ne peut ni tout permettre ni tout promettre, elle peut cependant concourir à orienter ou à confirmer un diagnostic jusque-là hésitant.

HISTORIQUE

L'histoire de la gastroscopie remonte à 1868, lorsque KUSSMAÜL, le premier, introduisit un long tube rigide dans l'estomac d'un avaleur de sabres. Quelques années plus tard, en 1871, TROUVÉ étudie l'estomac avec un polyscope éclairant l'organe par transillumination.

La seconde période, si l'on peut dire, dans le développement de la gastroscopie commence en 1881 avec MIKULICZ. Ce dernier s'efforça de prouver que la gastroscopie devait imiter le principe de la cystoscopie, puisque l'appareil digestif supérieur a la forme d'une large cavité située à l'extrémité d'un conduit relativement étroit. Il construisit un gastroscope rigide, mais coudé, muni d'une lampe électrique à son extrémité. L'objectif recueillait les images venant des parois gastriques et les reflétait

dans l'axe de l'instrument. L'image ainsi obtenue était examinée à travers l'oculaire. Cet instrument fut bien vite perfectionné : source lumineuse plus intense, images corrigées. Cependant, la rigidité même de l'appareil ne permettait le plus souvent que d'explorer une toute petite portion de l'estomac.

De plus, cet appareil était dangereux. Même lorsque les contre-indications étaient correctement observées, les déchirures de l'œsophage, voire même des perforations étaient possibles. Pour ces raisons, la gastroscopie demeurait une méthode expérimentale. Certains spécialistes essayèrent d'obvier à ces difficultés en construisant des tubes qui étaient introduits dans l'estomac à l'état flexible et qui étaient ensuite redressés après introduction. Cette manœuvre s'affirma vite encore plus dangereuse. Cet instrument flexible n'a d'ailleurs rien à voir avec les gastrosopes flexibles d'aujourd'hui, ceux-ci le demeurant au cours de l'examen. Pour ces raisons et pendant de nombreuses années, le diagnostic des lésions de l'estomac par voie endoscopique était considéré par la plupart comme un procédé dangereux et ne pouvant donner que des renseignements d'interprétation difficile. La gastroscopie devait, à ce titre, demeurer dans le domaine de l'expérimentation.

La troisième période dans l'histoire de la gastroscopie commence en 1922. Les instruments rigides furent remis en honneur. De nombreuses explorations endoscopiques furent pratiquées, décrites avec beaucoup de détails et confrontées avec la symptomatologie clinique, l'examen radiologique, les données opératoires et enfin, dans certains cas, avec les résultats de l'autopsie. Ce fut la période la plus féconde. Chaque jour apportait des découvertes et des conceptions nouvelles qui, peu à peu, commencèrent à pénétrer dans toutes les sphères médicales. MOUTIER en France, SCHINDLER, KORBSCH, GUTZEIT, HENNING et HOHLWEG, parmi les principaux noms, à l'étranger, cherchaient à perfectionner cette nouvelle méthode.

Enfin, la dernière période commença, lorsqu'en 1932, le gastroscope flexible fut inventé. Le terrain était tout préparé et sa diffusion fut aisée. Dès lors, l'importance soudaine de la gastroscopie se trouve concrétisée en trois livres principaux qui ont eu pour sa vulgarisation une importance capitale : celui de F. MOUTIER en français, celui de GUTZEIT et de TEITGE en allemand, celui de SCHINDLER en anglais. Les uns et les autres décrivent en détail la technique de la gastroscopie; ils étudient l'aspect normal et pathologique de l'estomac; ils comparent

les données fournies par les diverses modes d'investigation.

En 1937, enfin, le Second Congrès International de Gastro-Entérologie précise un grand nombre de questions.

INDICATION

Nous reprendrons ici les indications à la gastroscopie, résumées par un auteur américain, ORTMAYER, basées sur plus de cinq cents observations et qui paraissent répondre à l'opinion de la plupart des spécialistes.

1° Tout malade qui présente un syndrome abdominal non encore élucidé et chez lequel les examens cliniques de laboratoire et radiologique ont été négatifs, est susceptible de subir un examen gastroscopique. Une lésion trop petite ou trop superficielle pour être décelée aux Rayons X, peut l'être par ce moyen d'exploration.

2° Tout sujet qui présente des troubles digestifs à type de dyspepsie inexpliquée et qui trop souvent a été qualifié de « nerveux » doit être gastroscopé avant de recourir à une thérapeutique symptomati-

que qui peut retarder le « moment opératoire de façon désastreuse.

3° Tout individu présentant un amaigrissement, une anorexie inexpliquée, peut présenter une lésion gastrique à son début et la crainte d'une néoplasie doit, surtout à partir d'un certain âge, imposer une gastroscopie.

4° Une hématomèse ou un méléna sans cause cliniquement ou radiologiquement explicables sont des indications à la gastroscopie.

5° Un malade dont l'examen aux Rayons X a été positif, chez lequel une lésion gastrique ou duodénale a été décelée, doit être gastroscopé :

— pour confirmer un diagnostic hésitant ou douteux ;

— pour aider au diagnostic différentiel souvent difficile entre une lésion bénigne ou maligne ;

— pour déterminer, dans la mesure du possible, l'extirpabilité d'un cancer, lorsque ce diagnostic a été porté cliniquement et qu'aucune métastase n'a été notée par ailleurs ;

— pour affirmer que le malade ne présente pas une autre lésion gastrique lorsque l'on aura porté le diagnostic clinique d'ulcère duodénal, car s'il est impossible de repérer ce dernier au gastroscope, un

ulcère gastrique peut lui être associé, et n'être alors qu'une découverte de l'examen endoscopique;

— pour préciser la nature d'une sténose du pylore. La gastroscopie peut, en effet, aider à en déterminer la cause, ulcère ou cancer surtout, et parfois faciliter le choix souvent délicat entre la gastrectomie et la gastro-entérostomie.

6° Tout malade chez lequel on aura diagnostiqué ou cliniquement suspecté une gastrite devra être gastroscopée. La gastroscopie est souvent le seul moyen d'en faire le diagnostic.

7° Tout malade pour lequel une laparatomie exploratrice est envisagée doit auparavant subir un examen gastroscopique. Cette éventualité pourra, selon les résultats de l'examen, être précipitée, en intervenant avec un diagnostic certain, ou au contraire être rejetée après que l'on aura reconnu son erreur.

8° La gastroscopie doit être pratiquée à intervalles réguliers après l'opération chez les sujets ayant subi une gastrectomie, de façon à déterminer aussi rapidement que possible l'apparition d'une récurrence. De même après une gastro-entérostomie.

9° Les malades présentant des troubles de la crase sanguine sont justiciables d'une gastroscopie.

Une anémie pernicieuse peut s'accompagner de tous les degrés de gastrite atrophique.

10° Les malades chez lesquels on aura fait le diagnostic de gastrite atrophique doivent, eux aussi, subir les gastroscopies à intervalles réguliers. Certains pensent que ces lésions pourraient être prémonitoires d'un cancer gastrique (cette opinion semble spécialement importante si l'on prend en considération le résultat des discussions sur le cancer gastrique au Second Congrès International de Gastro-Entérologie de Paris, en novembre 1937).

11° Des lésions plus rares encore peuvent être découvertes au cours d'un examen endoscopique : tuberculose, syphilis ou autres lésions qui ne sont, le plus souvent, reconnues que *post-mortem*.

CONTRE-INDICATIONS

Il est admis par tous les spécialistes que les contre-indications de la gastroscopie sont véritablement minimées.

Si certains sujets âgés peuvent, du fait de leur état général, ne pas être justiciables d'un examen endoscopique, le plus souvent le gastroscopie est parfaitement toléré.

Les contre-indications formelles se déduisent du bon sens même. Il est évident qu'un malade porteur de varices œsophagiennes, d'une obstruction intrinsèque ou extrinsèque de l'œsophage, d'un anévrisme de l'aorte ou de diverticules de l'œsophage ne pourra, sous peine d'accidents mortels, subir cet examen. Il sera donc nécessaire de toujours éliminer auparavant la possibilité de telles affections.

Il est encore d'autres contre-indications : angine de poitrine, dyspnées de causes variées, certaines

psychoses, les scolioses très prononcées. En réalité, la plupart des auteurs admettent qu'il s'agit là de contre-indications relatives et que ce ne sont que cas d'espèce.

Quant au désagrément causé par l'examen lui-même, il y a véritablement unanimité pour affirmer que la gastroscopie pratiquée avec le gastroscopie flexible ne cause qu'une très petite gêne au patient. Celle-ci est certainement moindre que celle causée par une cystoscopie avec laquelle il a été classique au début de la comparer. Tous ceux qui ont employé cette méthode d'examen ont pu la répéter à plusieurs reprises chez un même malade (65 fois dans une observation de SCHINDLER). Il est reconnu également que les malades qui ont dû subir une œsophagoscopie ne consentent que difficilement à un nouvel examen et il est difficile de leur persuader la nécessité d'une gastroscopie, si besoin est. Si l'on y parvient, ils affirmeront d'eux-mêmes qu'il n'y a aucune comparaison entre les deux. Les quelques incidents observés : nervosité, phases d'excitation, dyspnée, dépendent d'un facteur émotif individuel et parfois même racial (SCHINDLER). Ils sont aisément évités par une bonne préparation du sujet et ne peuvent en aucune façon devenir des arguments contre cette méthode. Tous les accidents signalés ne l'ont été qu'avec les gastroscopes rigides.

Compte tenu des quelques contre-indications énumérées ci-dessus, le gastroscope flexible a permis d'écarter tout danger et de rendre l'endoscopie gastrique, un procédé d'examen simple et inoffensif entre les mains d'un opérateur tant soit peu entraîné.

VALEUR DE LA GASTROSCOPIE COMPAREE AVEC LES AUTRES PROCEDES D'INVESTIGATION

Nous ne parlerons point ici de la clinique qui garde tous ses droits. C'est elle qui peut et doit, dans tous les cas, orienter le diagnostic. Nous nous proposons seulement de comparer les uns aux autres, les différents procédés (laboratoire, radiologie, gastroscopie), en recherchant la place qu'ils doivent tenir dans la pathologie gastrique.

Presque tous les auteurs (HENNING, MOUTIER, GUTZEIT) sont d'accord pour affirmer que la gastroscopie doit être le procédé d'investigation à utiliser en dernier sur les malades souffrants de troubles abdominaux. Ils pensent que les méthodes ha-

bituelles (analyses gastriques et examen des selles pour hémorragies occultes) doivent être mises en œuvre avant la gastroscopie. Cette dernière permettra, par contre, de compléter, d'affirmer ou d'infirmer le tableau obtenu par la clinique, la radiologie et le laboratoire.

Il semble que, seul, SCHINDLER refuse et rejette définitivement cette opinion. D'après cet auteur, les méthodes de laboratoire, en particulier, ont échoué presque complètement dans le but diagnostique et pronostique, des affections gastriques qu'elles se proposaient. Il admet qu'une anachlorhydrie penche en faveur de l'absence d'un ulcère, et que la constatation d'une acidité si minime soit-elle permet d'éliminer une anémie pernicieuse. Mais il estime qu'en dehors de ces deux cas le laboratoire ne peut donner que des renseignements incertains ou trompeurs. L'absence d'acidité après épreuve à l'histamine peut s'observer chez des sujets en parfaite santé, chez des nerveux (chez lesquels l'estomac ne demande aucune thérapeutique), chez des individus présentant des gastrites superficielles, atrophiques ou hypertrophiques (quoique le pronostic soit fort différent dans les trois cas) et chez des malades présentant une syphilis gastrique, une tumeur bénigne et surtout un cancer. Il estime également que la recherche du sang dans les selles pré-

sente une fort petite valeur pour un diagnostic précoce. Il n'attache qu'une importance relative à l'histoire de la maladie, à l'anamnèse. Selon lui, seule la confrontation des deux « méthodes anatomiques » : rayons X et gastroscopie, présentent de la valeur. Ce n'est que par ces méthodes qu'un diagnostic précoce est possible.

Les résultats fournis par ces deux moyens d'exploration de l'estomac, que sont la radiologie et la gastroscopie, ont été minutieusement confrontés par tous les gastrologues, en vue de préciser les limites et les avantages de l'un et de l'autre. Les différents auteurs ont attribué, selon leurs conceptions personnelles, une valeur plus grande tantôt à la radiologie, tantôt à la gastroscopie. Ils concluent en général que, pour le diagnostic des gastrites, la gastroscopie est de loin supérieure aux rayons X, alors que pour le diagnostic des tumeurs de l'estomac et pour l'étude du transit post-opératoire, gastroscopie et rayons X se complètent l'un l'autre de façon tout à fait idéale.

En réalité, il semble que, de l'étude comparée des possibilités de la radiologie, de la gastroscopie et du laboratoire, il soit impossible de faire une place prépondérante à l'une quelconque de ces trois méthodes. Chacune présente ses défauts et ses limites,

de même que ses avantages. Elles doivent, semble-t-il, se compléter et non se suppléer. C'est ce que l'étude de la gastroscopie au cours des principaux syndromes gastriques va nous permettre de rappeler.

ROLE DE LA GASTROSCOPIE DANS LES PRINCIPALES MALADIES DE L'ESTOMAC

Les Gastrites. — Ce chapitre de la pathologie digestive a particulièrement bénéficié de l'endoscopie. Il est actuellement de notion courante que la découverte de la fréquence des gastriques chroniques a été la plus belle contribution de la gastroscopie à la médecine générale. Elles se retrouvent, d'après une statistique américaine, dans la proportion de 40 à 50 % des sujets examinés. Elles sont innombrables.

Certes, les travaux de HAYEM, Gaston LION, LOEPER, Félix RAMOND auraient sans doute permis d'en établir une classification histologique et clinique. Mais il faut arriver aux recherches de SCHINDLER, GUTZEIT, KORBSCH, HENNING et tout particulière-

ment de KONJETZNY pour voir apprécier à sa juste valeur la multiplicité des formes anatomo-cliniques de ces lésions. Les uns avec GUTZEIT refusent toute classification devant leur caractère polymorphe et multiple. D'autres avec MOUTIER en donnent une classification détaillée, basée principalement sur les images gastroscopiques. Ce dernier décrit :

— les gastrites aiguës toxi-alimentaires et caus-tiques;

— les gastrites chroniques qu'il range soit dans les syndromes gastriques, soit dans la séméiologie des maladies générales ou des désordres provenant d'autres viscères.

Il étudie ici :

- les syndromes toxiques (plomb, alcool);
- les syndromes dyspeptiques;
- les syndromes vésiculaires, etc.

Il fait une place à part aux syndromes anémiques, bien étudiés également par Paul CHEVALLIER.

La classification des gastrites au point de vue anatomique pure, quelle que soit celle que l'on adopte, est également due à la gastroscopie.

Ainsi, dans ce chapitre de la pathologie gastrique, l'endoscopie a permis :

- de découvrir des syndromes nouveaux;
- de préciser certaines notions séméiologiques;

— d'étudier les aspects des parois gastriques au cours des différentes gastrites;

— et permettra peu à peu une étude plus complète du traitement rationnel de ces dernières;

autant de points particuliers que la clinique n'avait pu élucider en entier et que, ni la radiologie, ni le laboratoire n'avaient réussi à révéler.

La Syphilis gastrique. — C'est là une affection qui est toujours de diagnostic difficile et qui est loin d'être exceptionnelle : un certain nombre de cancers qui ne tuent pas, de tumeurs qui guérissent doivent lui être attribués. Ici, la gastroscopie, malgré la vision directe des lésions, ne permet pas toujours de confirmer ou d'infirmer le diagnostic.

Sauf des cas assez rares, il est difficile d'en donner une preuve satisfaisante à tous les critiques. Les aspects en sont multiples : formes hémorragiques, ulcéreuses, gastritiques, linétiques, sténosantes ou non, tumorales. Certes la gastroscopie permet de la suspecter parfois. Elle peut orienter le traitement vers une médication spécifique. Il est alors des cas qui guérissent rapidement et qu'il est aisé d'interpréter; il en est d'autres qui guérissent lentement, en laissant des images radiologiques anormales et le diagnostic reste en suspens. Ici se pose le problème de l'association syphilis et cancer où la gastroscopie

ne peut apporter aucun élément nouveau pour le diagnostic.

L'ulcère de l'estomac. — Il y a unanimité pour reconnaître que la gastroscopie rend moins de services dans l'ulcère que dans les deux autres grandes affections de l'estomac : les gastrites et le cancer.

L'ulcère duodénal et l'ulcère du pylore ne peuvent être diagnostiqués que par le seul secours de la radiologie. Seul l'ulcère prépylorique peut être vu, mais rarement à travers le gastroscope. Quant à l'ulcère gastrique proprement dit, il donne une saisissante image dans les cas typiques venant confirmer le diagnostic déjà posé par l'interrogatoire du malade et les données radiologiques.

Mais il n'en est pas toujours ainsi et les images gastroscopiques demandent à être interprétées :

— il est possible de croire à un ulcère alors qu'il n'en existe pas. Les ombres portées, une bourse de contraction, un corps étranger sont parfois des erreurs difficiles à éviter;

— il peut y avoir perte de substance et ce peut ne pas être un ulcère de CRUVEILHIER;

— d'autres fois l'examen clinique a permis de conclure à la présence d'un ulcère qui ne peut être retrouvé à l'endoscopie. Il n'en faut pas conclure

qu'il n'existe pas. Cette méthode a ses limites, ses « zones interdites »;

— à l'inverse on peut ne pas avoir fait le diagnostic clinique d'ulcère et en trouver un à l'examen endoscopique. Il s'agit « d'ulcère dormant » (MOUTIER).

Ces différentes éventualités permettent de conclure qu'il est des ulcères indubitables qui peuvent ne pas être visibles. On ne saurait donc trop répéter avec SCHINDLER qu'un examen négatif ne peut absolument rien prouver.

Mais la gastroscopie permet encore de discerner certaines conditions d'opérabilité et d'étudier l'évolution de l'ulcère après intervention chirurgicale.

L'endoscopie permet d'apprécier l'état de la lésion et de préciser les données de la clinique. Par là même, les indications opératoires se trouvent soulignées. Elle permettra encore de noter la présence d'ulcères multiples, de rechercher l'existence d'ulcère de l'estomac en plus de l'ulcère duodénal, de préciser jusqu'où s'étendent les lésions éventuelles de gastrite; en un mot « d'indiquer au chirurgien la valeur du terrain sur lequel il va intervenir ».

L'ulcère opéré, la gastroscopie permettra encore de suivre régulièrement les étapes ultérieures, de noter s'il y a concordance entre la guérison anatomo-

mique et la guérison clinique ou s'il y a discordance entre les deux.

Ainsi, si la gastroscopie n'a que rarement, à elle seule, un intérêt diagnostique dans l'ulcère de l'estomac, elle permet en tout cas :

- de le confirmer souvent;
- de noter son étendue et les lésions associées;
- de suivre son évolution au cours d'un traitement médical, ou ses récurrences en cas d'intervention.

Les Tumeurs bénignes. — Elles sont d'observation exceptionnelle. La gastroscopie peut aider à confirmer un diagnostic hésitant.

Les Tumeurs malignes. — Dès ses débuts, l'endoscopie cherche à préciser le diagnostic précoce de ces tumeurs. Dès 1883, MIKULICZ note la rigidité des parois gastriques dans le cancer.

SCHINDLER et RACHET mirent beaucoup d'espoir dans la gastroscopie. Mais, dans ces dernières années, GUTZEIT, TEREIRA, HUBNER doutent du succès diagnostique. BAAS écrit : « Ce qui est redoutable dans le cancer, ce n'est pas la tumeur, c'est la latence. » MOUTIER, cependant, estime que ce diagnostic est possible « si l'on tient compte des lésions encore douteuses ». Enfin, en 1937, de nombreuses

communications ont eu lieu au second Congrès international de Gastro-Entérologie à propos du « diagnostic précoce du cancer gastrique ».

De ces discussions, il ressort que la gastroscopie à elle seule ne peut toujours permettre le diagnostic. Cependant, il faut retenir que les renseignements fournis par la radiologie sont tardifs. MOUTIER affirme que quand le cancer est visible les lésions dépassent dans une proportion impossible à préciser l'aire que l'écran permet de croire envahie. Par contre, il semble qu'il faille tenir compte au plus haut point des données cliniques (anamnèse) et du laboratoire. Tout symptôme anormal, d'ordre général ou gastrique, survenant chez un sujet de quarante ans, doit aussitôt faire suspecter et rechercher un cancer de l'estomac. Toute achlorhydrie reconnue doit être tenue pour suspecte. Elle est en tout cas à surveiller, de même que le chimisme gastrique. Au moindre doute il ne faudra pas hésiter à faire une gastroscopie. Mais ici le diagnostic est délicat, si entraîné que soit l'opérateur. Ce qui fait la difficulté, en effet, c'est que le cancer avant d'être destructif est constructif. Il ne fait au début qu'hypertrophier la muqueuse. C'est une simple plaque en saillie légère, un bourrelet plus ou moins en relief qu'il convient d'interpréter. SCHINDLER attache une grande importance à la vaséularisation de la ré-

gion. Quant au diagnostic entre ulcère et cancer, il est en général aisé, sauf si l'ulcère forme tumeur.

Ce qui importe donc ici, c'est le diagnostic du cancer lui-même et de son opérabilité. Il est impossible de demander à la gastroscopie de permettre un diagnostic absolument irréfutable.

Elle a du moins le mérite, si on y a recours suffisamment tôt, de montrer des lésions au début. Ces lésions peuvent être d'interprétation délicate : elles n'en sont pas moins suspectes. Il faut dès lors mettre le malade en observation, répéter les examens endoscopiques et, si les lésions paraissent se modifier rapidement, ne pas hésiter à intervenir.

L'endoscopie corrige les impressions de la clinique et de la radiologie qui ne donnent habituellement que des symptômes tardifs en permettant un diagnostic précoce.

L'Estomac opéré. — C'est SCHINDLER qui, le premier, en 1922, montra l'intérêt que pourrait avoir la gastroscopie dans les suites opératoires de l'estomac.

Elle permet d'étudier la motricité gastrique et son adaptation à une bouche de gastro-entérostomie.

Elle permet de prévoir une récurrence d'ulcère par exemple. Elle permet enfin d'affirmer la guérison après intervention.

CONCLUSIONS

Au terme de cette brève étude sur le rôle que peut et doit jouer la gastroscopie dans le diagnostic des maladies de l'estomac, les conclusions suivantes nous ont paru rationnelles :

1° La clinique demeure la base inébranlable de l'examen et du diagnostic de toutes les affections gastriques. Si elle ne permet pas toujours à elle seule d'affirmer, elle peut toujours orienter les recherches ;

2° La gastroscopie ne peut en aucun façon s'opposer à la clinique : elle la complète. Elle ne peut non plus s'opposer aux autres moyens d'investigation, en particulier la radiologie et le laboratoire. Chacun a son rôle, ses possibilités et ses limites ;

3° La gastroscopie est un moyen d'étude auquel il ne faut pas hésiter à recourir lorsque le diagnos-

tic est hésitant. Sa technique est simple et sans danger ;

4° La gastroscopie a permis de mettre en évidence la multiplicité des gastrites ; elle a mis un jour nouveau sur l'étiologie de certains syndromes anémiques ; elle a montré pour l'ulcère la possibilité de simuler n'importe quel syndrome gastrique ; elle a confirmé les difficultés du diagnostic précoce du cancer ; elle a permis enfin d'aborder les accidents de l'estomac opéré.

Vu, le Doyen :

Vu :

TIFFENEAU.

Vu, le Président :

Vu :

L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Ayala Gonzales.* — Gaz. Med. de Mexico, 1937, n° 67.
- Baratoux.* — Gastroscope. Revue mensuelle de laryngologie, Bordeaux, 1882.
- Becart (A.).* — La Gastrophotographie, Paris, 1931.
- Bensaude.* — Un nouveau type de gastroscope : le gastroscope à fil conducteur. Bulletin de l'Acad. Méd. Paris, 3, VI, 1924.
- Bensaude et Lelong.* — Deux modifications destinées à faciliter la technique de l'œsophagoscopie. Presse Méd., n° 42, 1921.
- Bensaude et Oury.* — Quelques aspects de la gastroscope. Soc. Méd. Hôp. Paris, 8 fév. 1924.
- Bertrand (A.).* — Deux Congrès de Gastro-Entérologie, p. 275.
- Bonadies.* — Deux Congrès de Gastro-Entérologie, p. 683.

- Carey*. — Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1937, 65, 447.
- Catalanotti*. — Rassegna internaz. di clini e terapia, 1937, 18, p. 707.
- Chevallier (P.) et Moutier (F.)*. — Arch. des maladies de l'appareil digestif, 1937, 27, 437.
- Chevallier (P.), Moutier (F.) et Debray (C.)*. — Archives des maladies de l'appareil digestif, 1937, 27, 1042.
- Chevallier (R.)*. — Journal Médical de Lyon, 1936.
- Chevallier (R.)*. — Lyon Médical, 1936, 158.
- Chevallier (R.)*. — Journal de Médecine de Lyon, 1936, 17.
- Chevallier (R.)*. — Deux Congrès de Gastro-Entérol., p. 556.
- Chevallier (R.)*. — Deux Congrès de la Société intern. de Gastro-Entérol., Bruxelles, 1937.
- Couraud*. — Contribution à l'étude de la Gastros-copie, Thèse Bordeaux, 1911.
- Cuinet (L.)*. — Thèse Paris, 1908.
- Delalande*. — Thèse Bordeaux, 1907.
- Desormeaux*. — De l'endoscope et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urètre et de la vessie, Paris, 1865.
- Elsner*. — Die Gastroskopie, Leipzig, 1911.
- Freeman*. — Revue de Gastro-Entérol., 1937, 4.

Freeman. — Deux Congrès de Gastro-Entérologie, Paris, p. 636.

Gutzeit et Teitge. — Die Gastroskopie, Berlin, 1937.

Henning (N.). — Lehrbuch der Gastroskopie, Leipzig, 1935.

Henning (N.). — Deux Congrès Gastro-Entérol., Paris, p. 427.

Jackson. — Trachéo-bronchoscopy-œsophagoscropy. Laryngoscope company, St-Louis, avril 1907.

Jackson (C.). — Bronchoscopy, œsophagoscropy and gastroscopy, Londres, 1934.

Katch. — Deux Congrès de Gastro-Entérol., Paris, p. 355.

Konjetzny (G. E.). — Deux Congrès Gastro-Entérol., Paris, p. 517.

Lehmann (R.). — Les atrophies gastriques dans les anémies idiopathiques et les métanémies, Paris, 1936.

Michon. — Sur la pratique de la Gastroskopie, Presse Médicale, 1929, n° 43.

Moure. — De l'examen gastroscopique, sa technique et sa valeur clinique, Presse Méd., 1912, n° 10.

Moutier (F.). — Traité de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac, Paris, 1935.

— La gastroscopie en clinique, l'Hôpital, 1931, n° 294.

- Etude anatomo-clinique et thérapeutique des gastrites dans le cadre de la gastroscopie. *Journal de Méd. et de Clin. Pat.*, 1932, n° 13.
- Etude endoscopique de la gastro-entérostomie. *Presse Méd.*, 1934, n° 32.
- A. de La Prade.* — Les maladies de l'estomac, Paris, 1933.
- Rachet.* — La Gastroscopie, 1926.
- Schindler (R.).* — Deux Congrès Gastro-Entérol., p. 538.
- Schindler et Ortmyer.* — *Archives Intern. de Méd.*, 1936, 57.
- Schindler (R.).* — *Surgedy-Gynecology and Obstetrics*, 1937, 2.

